Rok XLV. Kraków 10 Marca 1906. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prym. dr. Antoni Krokiewicz).

Spostrzeżenia nad działaniem surowicy Marmorka w gruźlicy płuc.

Podali

Dr. A. Krokiewicz i **Dr. B. Engländer**

prymaryusz. sekundaryusz oddz.

Zdania co do swoistego działania leczniczego surowicy Marmorka w przypadkach gruźlicy płuc są bardzo podzielone, jak tego dowodzi przebieg odnośnych rozpraw na międzynarodowym kongresie dla zwalczania gruźlicy w Paryżu w r. 1905. Wobec ważności sprawy postanowiliśmy rozpocząć szereg doświadczeń z surowicą Marmorka na chorych, dotkniętych gruźlicą płuc i wyrobić sobie własny sąd o jej skuteczności. Surowicy dostarczył nam z całą gotowością dr. Marmorek, za co mu na tem miejscu składamy podziękowanie. O wyniku naszych badań przesłaliśmy listownie dr. Marmorkowi sprawozdanie.

Surowicę przeciwgruźliczą zastosowaliśmy w 8 przypadkach chorobowych (1 m. 7 k.) i to we wszystkich trzech okresach gruźlicy płuc, postępując według wskazówek Marmorka. Używaliśmy jedynie dawki 10 cm³., gdyż na jednym przypadku (nr. 8) gruźlicy, poprzednio już podleczonej w szpitalu, przekonaliśmy się, że dawka ta nie działa na ustrój szkodliwie. Wstrzykiwaliśmy ją zawsze w tkankę podskórną powłok brzusznych lub pośladków, zachowując wszelkie ostrożności aseptyki. Igłę ze strzykawki Luera zawsze przed wstrzyknięciem wygotowywaliśmy; okolicę wstrzyknięcia obmywaliśmy wyskokiem, eterem i sublimatem. Również i ręce nasze za każdym razem ulegały gruntownemu odkażeniu.

Działanie lecznicze surowicy Marmorka nie przedstawia się w naszych przypadkach pomyślnie. Jakkolwiek niekiedy z początku mogliśmy zauważyć jakby dodatni wpływ wstrzykiwań surowicy na stan ogólny chorych, to jednakże zjawisko to było krótkotrwałe i przemijające; wkrótce bowiem prawie zawsze występowało trwałe pogorszenie. Ta okoliczność, jak i inne uboczne objawy, które uważać należy za następstwa swoistego działania surowicy, zmusiły nas do zaprzestania dalszych doświadczeń.

We wszystkich przypadkach chorobowych z wyjątkiem jednego (nr. 8) można było zawsze bez wyjątku zauważyć po stosowaniu surowicy podniesienie się ciepłoty ciała, niekiedy bardzo znaczne, bo do 40·7° C. To podniesienie się znaczne ciepłoty ciała utrzymywało się nietylko podczas wstrzykiwań, ale także w czasie przerwy. Częstokroć występował tor gorączki o znacznych wahaniach (36·5—40·7°) i to w przypadkach, w których przed rozpoczęciem leczenia surowicą był zaledwie stan podgorączkowy. Rzadko kiedy w przerwach między wstrzykiwaniami chore były bez gorączki, choć nie da się zaprzeczyć, że nieraz w tym okresie gorączka była rzeczywiście niższa, niż w okresie wstrzykiwań. Wogóle musimy z naciskiem podnieść niekorzystne działanie surowicy przeciwgruźliczej Marmorka ze względu na przebieg gorączki.

Niemniej uwidocznić należy ujemny wpływ surowicy ze względu na uboczne przypady, zależne od jej swoistej przyrody. Dość często spostrzegaliśmy u naszych chorych nietylko miejscowe zmiany po wstrzyknięciu surowicy, jak: zaczerwienienie, bolesne nacieki, rozległe wynaczynienia, ale także objawy ogólnej intoksykacyi, jak wysypkę na skórze, świąd skóry, obrzęk i bolesność gruczołów pachwinowych, ogólne osłabienie, ból głowy w kościach, wymioty i biegunkę, bardzo silne podniecenie nerwowe, niepokój, majaczenia, bezsenność.

Zmiany miejscowe na skórze ustępowały po kilku dniach pod wpływem okładów z octanu glinowego i tylko w jednym przypadku u chorej bardzo wyniszczonej rozwinęło się pod koniec życia ropienie i zgorzel na kończynie dolnej lewej.

W żadnym przypadku chorobowym nie mogliśmy po wstrzykiwaniach surowicy Marmorka zauważyć trwałego polepszenia ogólnego sprawy chorobowej, przeciwnie prawie zawsze można było stwierdzić szerzenie się procesu gruźliczego w płucach jużto powolniejsze, już też szybsze; kaszel, ilość plwocin, dreszcze i poty nie ulegały zmianie, waga ciała prawie zawsze spadała znacznie, występowało znaczne osłabienie. Chore opierały się stosowaniu wstrzykiwań. Po zaniechaniu leczenia surowicą ogólny stan chorych się polepszał, gorączka była mniejsza.

Wogóle nasze spostrzeżenia nad działaniem surowicy Marmorka w ustroju ludzkim nie przemawiają za tem, by je w praktyce prywatnej zalecać. Z drugiej strony jednak wstrzymać się musimy z wydaniem ostatecznego sądu o tym środku, gdyż doświadczenia nasze na 8 chorych nie są wystarczające do należytego ocenienia nowego bądź co bądź sposobu leczenia.

Poniżej przytaczamy krótki wyciąg z zapisków, poczynionych w pojedynczych przypadkach chorobowych na oddziele, celem ilustracyi powyższych spostrzeżeń.

1. Kazimierz P., l. 26, słuchacz uniwersytetu, przyjęty 2/1 1906. Chory od kilku miesięcy; dziedziczności wykazać nie można. Rozpoznanie kliniczne: *Phthisis florida pulmonum.* W szczycie prawym jama: zresztą sprawa rozsiana w płucach. Gorączka waha się od 37—39·0° C, poty nieznaczne, kaszel, apetyt dobry, w plwocinach prątki Kocha.

4/I wstrzyknięcie 10 ccm surowicy Marmorka. Przez następne 3 dni wstrzykiwania tej samej ilości surowicy. W czasie wstrzykiwań poty rozpływne, wystąpiło kłucie w boku lewym, duszność, gorączka znacznie wyższa o typie przerywanym od 36·6—40·7° C, osłabienie większe, rozdrażnienie bardzo znaczne, ból głowy, zupełna utrata apetytu. Chory nie zgadza się na dalsze wstrzykiwania, gdyż po nich czuje się gorzej i doznaje nieopisanego uczucia trwogi i duszności, majaczy, zrywa się z łóżka. Przedmiotowo rozszerzenie się sprawy chorobowej na płat dolny lewego płuca. Wstrzykiwania przerwano; chory coraz więcej podupada na siłach, pojawia się chrypka i ból w gardle przy połykaniu *(Tbc. laryngis)*. 8/II 1906 *exitus letalis*.

2. Marya M., l. 27, wyrobnica z Krakowa, przyjęta 6/12 1905. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp. *Infiltratratio utriusque apicis pulm. Puerpera*. Chora poci się, kaszle, odpluwa dużo, gorączkuje 37—40° C.; w plwocinach prątki Kocha. Pierwsze wstrzyknięcie 31/12, 1905; w całości otrzymała 12 wstrzyknięć po 10 ctm. Chora coraz bardziej podupada na siłach, tętno szybkie, małe, miękkie, 132; kaszel duży, poty rozpływne, brak apetytu. Po wstrzyknięciu XI-tem zaczerwienienie, obrzęk i wynaczynienie wielkości dłoni na pośladku lewym, rwanie w całej lewej kończynie dolnej. Wogóle po każdem wstrzyknięciu silny odczyn zapalny miejscowy i upadek sił coraz większy. Dnia 20/1 1906 stwierdzono odleżyny na kości krzyżowej i w okolicy obu krętarzy, obrzęk kończyny dolnej lewej obok silnego zaczerwienienia i owrzodzenia zgorzelinowego na przedniej stronie uda lewego. Nad całem płucem lewem z przodu i z tyłu wypuk stłumiony, szmery oskrzelowe pokryte licznemi rzężeniami drobno- i średniobańkowemi — w szczycie prawym wdech i wydech oskrzelowy, rzężenia dość liczne. 5/2 1906 *exitus letalis*.

Protokół oględzin pośmiertnych, dokonanych w Zakładzie anatomii patolog. Uniw. Jag., opiewa pokrótce: Stare duże jamy gruźlicze w obu szczytach, głównie w lewym; w całym górnym płacie lewym naciek rozlany gruźliczy. W dolnym płacie płuca lewego i w płucu prawem ogniska rozsiane; rozległe zrosty opłucne obustronne w górnych częściach płuc. Serce rozszerzone, tętnice wązkie. Wątroba i śledziona prawidłowe. Macica mała. Obrzęk kończyny dolnej lewej, zakrzep żyły udowej lewej; na przedniej stronie uda lewego w tkance podskórnej naciek ropny i owrzodzenie wielkości dłoni noworodka o dnie i brzegach nierównych, strzępiastych, szaro-zielonkowatych. W okolicy krętarzy i kości krzyżowej odleżyna powierzchowna. Wyniszczenie znaczne.

3. Joanna K., l. 35, żona wyrobnika z Wolicy ługowej; przyjęta 11/1 1906. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp.: Gruźlica płuc. Zajęte oba szczyty. Dreszcze, gorączka (37°—38·4 C.), poty, kaszel, odpluwanie obfite, ropne; w plwocinach prątki Kocha.

15/1 1906 pierwsze wstrzyknięcie; wszystkich 9, każde po 10 ctm. Z początku po wstrzykiwaniach czuje się chora trochę lepiej, po VI-tem wstrzyknięciu stan wybitnie gorszy, cieplota ciała wzmaga się do 39·2° C. i wyżej, osłabienie ogólne, rozdrażnienie, poty duże, kaszel, obrzęk i bolesność gruczołu pachwinowego lewego. Po dalszych wstrzykiwaniach stan coraz gorszy, chora spada z ciała (waży mniej o 1·10 klgr., niż z początku leczenia); na całej skórze występuje rozsiana wysypka żywo czerwona, guzkowa *(urticaria)*; brak apetytu, biegunka; w nocy chora niespokojna, majaczy. Chora nie pozwala na dalsze wstrzykiwania. Zmiany w płucach nie okazują zaostrzenia, stan podmiotowy gorszy. Chora opuszcza szpital na własne żądanie 10/2 1906 bez widocznego polepszenia.

4. Anna S., l. 26, służąca z Krakowa. Przyjęta 28/12 1905. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp.: *Tuberculosis pulmonum. Laryngitis tbc.* — 2/1 1906 pierwsze wstrzyknięcie; wszystkich 12, po 10 ctm. Chora z początku nie gorączkuje i czuje się podmiotowo raz lepiej, drugi raz gorzej. W plwocinach bardzo dużo prątków Kocha (według skali Czaplewskiego 20/1). Po VII-em wstrzyknięciu stan się pogarsza, apetytu brak, chora zaczyna gorączkować do 38·7° C. a po XI-em wstrzyknięciu gorączka dochodzi nawet do 40·1° C., wystąpiły poty rozpływne. Po VIII-em wstrzyknięciu pojawiła się wysypka żywo-czerwona guzkowa na obu kończynach górnych i na twarzy, wystąpił ból w nogach pod kolanami, w żuchwach (chora nie może ruszać ustami); osłabienie coraz większe. Po XII-tem wstrzyknięciu w miejscu wstrzyknięcia na pośladku prawym zaczerwienienie i bolesność, obrzęk i bolesność gruczołu pachwinowego prawego. Ciężar ciała zmniejszył się w czasie leczenia wstrzykiwaniami o 5·80 klgr., czyli blisko o 6 klgr. (51·8 klgr., 46 klgr.). Chora nie zgadza się na dalsze leczenie surowicą, wobec czego przystąpiono do leczenia zwykłego objawowego. Po odstawieniu surowicy gorączka nieco opada, chora jednak coraz bardziej słabnie. Wychodzi ze znacznem pogorszeniem dnia 15/2 1906.

5. Zuzanna S., l. 33, żona wyrobnika z Niedźwiedzia. Przyjęta 28/12 1905. Dziedzicznie nie obciążona. Przed 6 miesiącami poród. Rozp klin.: *Condensatio apicum, praec. d. Enteritis*. Chora gorączkuje od 36·6—38·2° C. Badanie plwocin na prątki Kocha z wynikiem dodatnim (Czaplewski 15/1).

Waga ciała 47·7 klgr. Pierwsze wstrzyknięcie 15/1 1906; wszystkich razem 18 po 10 ctm. Przez cały czas leczenia biegunka i ból brzucha. Chora wzdraga się przed każdem wstrzyknięciem; po IV-tem wstrzyknięciu powstały napadowe bole brzucha i pod piersiami, wymioty, dreszcze i poty rozpływne, gruczoły pachwinowe brzękną; po XVI-tem wstrzyknięciu odpluwanie obfite, kaszel duży. Chora coraz słabsza, spadła z ciała o 7 klgr. 60 dgr. (12/3 1906 waży 40·10 klgr.). Zaprzestano wstrzykiwań na żądanie chorej. Gorączka i przypady ogólne po zaprzestaniu wstrzykiwań surowicy nieco się zmniejszają, chora coraz więcej słabnie. 14/2 1906 opuszcza szpital ze znacznem pogorszeniem.

6. Helena K., l. 17, wyrobnica z Krakowa. Dziedzicznie nie obciążona. Od dwóch lat chora, kaszel. Przyjęta 23/1 1906. Rozp.: *Infiltratio utriusque apicis pulm. Concretiones pleurae sin. cum epicardio Pericarditis sicca. Ulc. tbc. intestin.* Stan podgorączkowy. Waga ciała: 37·95 klgr. Pierwsze wstrzyknięcie 26/1 1906, wszystkich razem 9 po 10 ctm. Dreszcze i poty silniejsze, ciepłota dochodzi do 40° C. Po IV-tem wstrzyknięciu występuje obrzęk i bolesność gruczołów pachwinowych, a po V-tem rozległe zaczerwienienie i bolesność w miejscu wstrzyknięcia, co następnie za każdem wstrzyknięciem się pojawia; brak apetytu, kłucie w obu bokach, ból w kolanach, osłabienie znaczne. W plwocinach prątki Kocha dość liczne. Chora nie zezwala na dalsze stosowanie wstrzykiwań. Po zaniechaniu ich gorączka mniejsza, chora swobodniejsza, czuje się podmiotowo lepiej, spadła jednakże z ciała o 1 klgr. (36·90 klgr.). Badanie fizyczne wykazuje znaczne rozszerzenie się sprawy gruźliczej w płucach. Opuszcza szpital z pogorszeniem.

7. Antonina W., l. 29, wyrobnica z Krakowa. Przyjęta 31/1 1906. Dziedzicznie nie obciążona. Rozp.: Gruźlica płuc i obrzęk chroniczny śledziony. W plwocinach dużo prątków Kocha. Waga ciała 47 klgr.; kaszel, dreszcze, poty. Pierwsze wstrzyknięcie 2/2 1906; wszystkich razem 8 po 10 ctm. Kaszel, dreszcze i poty utrzymują się w tem samem nasileniu, gorączka nad 39° C., apetyt mały, chora traci na wadze (waży 12/2 1906 46·3 klgr.) i coraz bardziej słabnie. W miejscach wstrzyknięcia bolesne nacieki; chora nie godzi się na dalsze leczenie surowicą. Po zaniechaniu wstrzykiwań gorączka niższa, jednakże stan ogólny chorej nie lepszy; poty rozpływne. Badaniem stwierdzić można szybko rozwijającą się gruźlicę płuc. Chora wychodzi ze znacznem pogorszeniem 21/2 1906.

8. Agata C. l. 33, służąca z Dróżkowa. Przyjęta 2/11 1905. Dziedziczności nie można wykazać. Rozp.: *Induratio apic. et lobi infer. pulm. dex. Haemoptöe.* Chora leżała przez

6 tygodni w szpitalu i miała się bardzo dobrze; nie pluła krwią. Zmiany chorobowe w płucach polegały na przytłumieniu w płucu lewem w szczycie do grzebienia łopatki i od połowy łopatki ku dołowi i szmerach oskrzelowych bez rzężeń w miejscach przytłumienia. W czasie leczenia surowicą krwioplucie nigdy się nie pojawiło. Z początku apetyt gorszy, później jednak się poprawił. Chorej zastosowano 19 wstrzyknięć po 10 ctm. surowicy; znosiła je bardzo dobrze. Waga chorej zwiększyła się o $^1/_2$ klgr. Stan płuc nie uległ żadnej zmianie. Dnia 4/2 1906 opuściła szpital w stanie nie lepszym, niż ten, w jakim się znajdowała przed rozpoczęciem wstrzykiwań.

Po ukończeniu naszych doświadczeń spotkaliśmy się z dwiema pracami w sprawie działania leczniczego surowicy Marmorka, ogłoszonemi w *Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 4, r. 1906, przez prof. E. Stadelmanna i A. Benfeya z Berlina, tudzież Ernesta Levina ze Stockholmu. Wyniki obu prac wprost przeciwne. Gdy Stadelmann odmawia surowicy Marmorka w zupełności działania leczniczego w gruźlicy płuc (badał 5 przypadków chorobowych), to Levin na podstawie spostrzegania 156 przypadków uważa ją za bardzo skuteczny i dzielny środek leczniczy i podaje nawet 69 prc. polepszenia przy gruźlicy daleko posuniętej.

Dziwnym przypadkiem wyniki nasze są zupełnie identyczne pod każdym względem z zapatrywaniami Stadelmanna i Benfeya.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

Przechodzę teraz do rozbioru przytoczonych historyi chorób. Ze względu na rodzaj sprawy chorobowej można omawiane przypadki rozdzielić na 3 gromady. Do pierwszej należą przypadki z mniej lub więcej wyraźnemi zmianami zapalnemi samego mięśnia sercowego (III. V, VI, X) i miażdżycowemi zmianami w tętnicach, nie wyłączając w niektórych z nich nawet tętnic wieńcowych serca (III, X). Do drugiej gromady zaliczam przypadki, w których było osłabienie serca u chorych na miażdżycę naczyń krwionośnych bez powikłania zapaleniem mięśnia sercowego i bez zajęcia zastawek (IV, VII, IX). Trzecia gromada wreszcie składa się z chorych na wadę serca w okresie zaburzenia wyrównania czynności serca bez jednoczesnych zmian samego mięśnia (I, II, VIII). Działanie chlorku barowego we wszystkich trzech gromadach przypadków było niejednostajne. Ze zmian, powstających pod wpływem tego leku, najpierw należy zaznaczyć wzmożenie napięcia tętna i stwardnienie tętnic sprychowych. W niektórych przypadkach tętnice sprychowe pod wpływem chlorku barowego stawały się wyraźnie twardsze, oporniejsze, nawet drutowato napięte (I, II, VII). Tę zmianę cech tętna i ścian tętnic spostrzegałem najrzadziej w przypadkach miażdżycy tętnic; w przypadkach rozległej miażdżycy, którą były zajęte nietylko dostępne dla badania tętnice obwodowe, lecz w niektórych i naczynia wieńcowe serca, zmian tych nie spostrzegałem wcale (VI, VII, IX, X). Zresztą i w przypadkach, w których tętnice obwodowe były miękkie, sprężyste lub dotknięte dopiero początkowem stwardnieniem, zmiany te występowały niezawsze jaskrawo. Następną najczęstszą zmianą, którą wywoływał chlorek barowy, jest zwolnienie czynności serca. I tu jednak w przypadkach, powikłanych zapaleniem mięśnia sercowego, było to najmniej stałe. W jednym z nich częstość skurczów serca, z początku pod wpływem chlorku barowego zmniejszona, wracała w dalszym ciągu zażywania leku do pierwotnej (V), w innych znów przypadkach chlorek barowy nie wpływał wcale na częstość skurczów serca (III, VI). Jeśli u chorego czynność serca była niemiarowa i na tyle nieprawidłowa i osłabiona, że niektóre skurcze nie dochodziły do tętnic sprychowych, jako fala tętna, co wyrażało się niejednakową liczbą skurczów serca i tętna, to w tych przypadkach chlorek barowy oprócz zwolnienia czynności serca obniżał, niekiedy zaś usuwał zupełnie tę różnicę (II, IV, V, VI). W przypadkach jednak z zajęciem sprawą zapalną samego mięśnia sercowego niemiarowość pod wpływem dłuższego zażywania chlorku barowego powracała lub nawet wzmagała się (III, V, VI, X). To samo spostrzegałem pod wpływem dłuższego stosowania baru i w niektórych przypadkach z dwóch innych gromad, naprzykład w przyp. I i IV. Fala tętna pod wpływem chlorku barowego albo się nie zmieniała (V, VI, VII, IX, X) albo też zwiększała się, lecz w razie dłuższego zażywania leku znów się obniżała w okresie silnego napięcia tętnicy sprychowej (I, IV, VIII). Ciśnienie krwi w przypadkach pierwszej gromady już to nieznacznie się wahało (X), już to obniżało się (III), już to wreszcie odrazu (III, V) albo powolnie (VI) podnosiło się, następnie jednak stopniowo znów się obniżało, zostając wreszcie na liczbach wyższych niż pierwotne (III, V), lub po okresie wzmożenia nagle opadało nawet niżej liczb pierwotnych (VI).

W przypadkach drugiej gromady ciśnienie krwi zwykle podnosiło się, w jednym przypadku (IV) nawet o 35—40 mlm.; na tym wysokim poziomie utrzymywało się przez cały czas podawania chlorku barowego i spadało odrazu z odstawieniem leku (IV); niekiedy zaś obniżało się nawet jeszcze przy dłuższem stosowaniu baru (IV). W przypadkach wreszcie trzeciej gromady ciśnienie krwi podnosiło się nieraz już w pierwszym dniu zażywania chlorku barowego, wzrastając jeszcze więcej w następnych dniach; w jednym z takich przypadków ciśnienie krwi podniosło się o 45 mlm (I), w innym (VIII) o 40 mlm. Wzmożone ciśnienie krwi po odstawieniu leku albo obniżało się raptownie do pierwotnej wysokości (VIII), albo nieco opadłszy utrzymywało się na jednym poziomie w ciągu 1—2 dni (II); przy dłuższem stosowaniu chlorku barowego obniżenie wzmożonego ciśnienia rozpoczynało się jeszcze wówczas, zanim lek odstawiono (I). Co się tyczy czynności serca, to w niektórych przypadkach można było w okresie podawania baru stwierdzić wyraźne wzmocnienie uderzenia koniuszkowego (I, VIII) i wyraźniejsze tętnienie dołka sercowego, jak również wzmocnienie szmerów sercowych i mruku kociego. Podobne wzmocnienie czynności serca spostrzegałem u chorych trzeciej gromady. W tychże przypadkach chlorek barowy zmniejszał rozmiary stłumienia sercowego (I, VIII), przekrwienie wątroby, duszność, objawy zastoinowe, obrzęki (I, VIII) i zwiększał wydzielanie moczu (I, II, VIII). Jednakowoż te wyniki pomyślne przy dłuższem stosowaniu chlorku barowego mijały

i ustępowały miejsca objawom wręcz przeciwnym, mianowicie tony serca przybierały rytm wahadłowy (II), siła szmerów malała, uderzenie koniuszkowe wydawało się słabszem, ilość moczu znacznie spadała (I, II, VIII), przekrwienie wątroby zwiększało się, powracała duszność (VIII), niekiedy bicie serca, obrzęki zwiększały się. Zwykle takie pogorszenie odpowiadało okresowi najwyższego wzmożenia ciśnienia krwi. W razie jednak gwałtownego wzrostu ciśnienia ilość moczu obniżała się już odrazu (II), rozmiary zaś stłumienia sercowego w najlepszym razie nie zmieniały się, zwykle zaś jeszcze więcej rozszerzały się (II). Nieco inaczej przedstawia się rzecz u chorych drugiej gromady. W przypadkach, w których tętnice były dotknięte sprawą miażdżycową, a serce osłabione, rozmiary stłumienia sercowego zwykle powiększały się (IV, IX), objawy zastoinowe i obrzęki zwiększały się, dobowa ilość moczu przeważnie spadała lub też, po poprzedniem krótkotrwałem wzmożeniu się, nie ulegała zmianie. Pogorszenie trwało nadal i w okresie następowym. Ujemne działanie chlorku barowego ujawniało się jeszcze wyraźniej i jaskrawiej w przypadkach miażdżycy tętnic, przebiegającej z zapaleniem mięśnia sercowego. We wszystkich tych przypadkach bez wyjątku chlorek barowy zwiększał rozszerzenie serca, przekrwienie wątroby, zastoinowe objawy w płucach, obrzęki i duszność i obniżał ilość moczu. Uwagi godną jest również ta okoliczność, że w okresie podawania baru u niektórych chorych tej gromady (VII, X) częściej, niż zwykle, pojawiały się napady dusznicy sercowej. W jednym z przypadków miażdżycy tętnic, powikłanej zapaleniem mięśnia sercowego i przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem nerek (VI), ilość białka w okresie podawania baru wyraźnie się zwiększyła. W innym znów przypadku (IV) chlorek barowy zwiększył białkomocz od 0,12 do 0.28—0,3%; temu nie towarzyszyły co prawda inne objawy podrażnienia nerek, lecz jednocześnie nie było i wybitnego zmniejszenia ilości moczu, coby mogło było przemawiać za zastoinowem pochodzeniem białka.

Jeśli porównamy teraz chlorek barowy z innymi środkami sercowymi, które stosowałem u tychże chorych, to łatwo można ocenić ich różną wartość leczniczą. Naparstnica dawała dobre wyniki nawet w przypadkach pierwszej gromady, w których, jak wiadomo, często bywa bezskuteczną: czynność serca wzmagała się, rozmiary stłumienia sercowego zmniejszały się, niemiarowość zmniejszała się lub znikała, tętno stawało się wolniejsze, ciśnienie krwi obniżało się odrazu lub po poprzedniem wzmożeniu, ilość moczu znacznie wzrastała; równocześnie czuli się chorzy podmiotowo znacznie lepiej (VIII, IX, X). Takież wyniki spostrzegałem po stosowaniu gorzykwiatu wiosennego i diuretyny (IV, VI).

(C. d. n.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Dr. St. Szurek

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Wszystkie te doświadczenia dowiodły nadto zgodnie, że co do wymiany istot azotowych pod wpływem wyskoku to w ciągu pierwszych 5—6 dni stałego podawania wyskoku rozpad białka jest nieco wzmożony, po upływie atoli tego czasu nastaje równowaga azotowa, a nawet ustrój odkłada pewną ilość azotu. Z tych badań, w których ścisłość (przynajmniej w amerykańskich) posunięta była do ostatecznych granic i w których nie szczędzono ani kosztów, ani osobistych ofiar, dziś niewątpliwie wypływa, że wyskok jest pokarmem, a przynajmniej inne pokarmy w ekonomii ustroju zastępować może. Inna rzecz, czy jest pokarmem, niezbędnym dla człowieka, pokarmem lichym, czy równej z innymi pokarmami wartości, czy dla swych ubocznych działań nie jest pokarmem niebezpiecznym, czy nadaje się do stałego użytku i czy stosownie do jego wartości kalorynej nie płaci się zań za drogo. Że jednak w pewnych razach i u pewnych osób wyskok lub też jego przetwory wskutek połączenia z pewnemi ciałami, co do których nie ma najmniejszej wątpliwości, że są pokarmami, może być środkiem odżywczym i to prawie jedynym i do tego nieocenionej wprost wartości, to doświadczenie pod tym względem zdobył już nie jeden z nas u łóżka chorego.

Wyskok jest jednak nietylko pokarmem, jest równocześnie i **używką**, a znaczenia jego jako używki powszechnie się nie docenia. Od niepamiętnych czasów ludzkość używa pewnych używek i nie ma narodu, któryby jakiejś jednej czy kilku narodowych używek nie znał i nie używał. Najstarszym i najwięcej rozpowszechnionym jest bezwątpienia wyskok w najróżnorodniejszej postaci, a zawdzięcza to nietylko swoim własnościom odurzającym, ale i temu, że działa przyjemnie na nasze nerwy smaku i węchu i stanowi także dla nich pożądany bodziec. Na znaczenie używek dla rodu ludzkiego zwrócił pierwszy uwagę Voit i podniósł ich doniosłość; bez nich czyste pokarmy nasze były niesmaczne i nie do użycia i dopiero przez dodatek używek, korzeni, stają się smacznemi i właściwymi pokarmami. Używała ich ludzkość zawsze, a i dziś czyni z nich użytek jeszcze rozleglejszy, niż dawniej i nigdy zapewne bez nich obywać się nie potrafi, a ci, którzy piorunują na wyskok i chcieliby go całkowicie usunąć, zapominają jednak, że i sami nie są bez grzechu, zużywają bowiem w miejsce wyskoku mnóstwo innych używek, np. kawy, herbaty i tym podobnych substancyi, może słabiej działających, niemniej atoli, zwłaszcza przy nadużyciu, nieobojętnych i szkodliwych.

Jeszcze w r. 1877 pisał świeżo zmarły Nothnagel: „Na wszelki sposób nie mają słuszności t. zw. stowarzyszenia wstrzemięźliwości, prowadząc bezpłodną walkę ze wszystkiemi wyskokowemi używkami. Gdyby na ich członków nałożyć zadanie odwrotne, żeby ze swojej strony wyrzekli się swoich drogich używek, jak kawy, herbaty, czekolady, korzeni i żyli tylko czystem białkiem, tłuszczami, solami i wodą, albo przynajmniej, żeby uboższej ludności dostarczyli środków, ażeby mogła używać droższych i wyrzec się tańszych wyskokowych używek, poznaliby wnet swój nierozsądek. Miarę zachować jest koniecznem we wszystkich rzeczach, nie tylko w wyskoku“.

Czy wyskok w dawce choćby najmniejszej jest zawsze trucizną, jadem protoplazmatycznym, za jaki go mają niektórzy (Bunge, Kassowitz, Forel i t. d.), a z nimi wszyscy abstynenci, jest rzeczą bardzo wątpliwą i co do tego brak nam wszelkich naukowych danych. Z farmakologicznego punktu zdawałoby się rzeczą pewną, że wszelka

substancya, która nie jest metalem i która skutkiem tego w ustroju gromadzić się nie może, poniżej pewnej ilości choćby przy wielokrotnym dowozie szkody nie przynosi, ponieważ ustrój pozbywa się jej, a zakłócenie przez nią wywołane, wyrównywa, powyżej atoli tej granicy trwały, choćby niedostrzegalny uszczerbek przynosi. W wymianie materyi ustroju przy rozpadzie protoplazmy tworzą się najgwałtowniejsze trucizny, największe jady, zgubniejsze o wiele od wyskoku, a ustrój jakoś z niemi sobie radzi i żadnej przez nie nie doznaje szkody; w przewodzie pokarmowym powstają trujące ptomainy, w sokach tkankowych, we krwi krążą jadowite wytwory rozpadu, mocz również odprowadza ich sporo. Wśród tysięcy tych ciał, jakie wytwarza przyroda lub stwarza praca twórcza chemika, nie masz ani jednego, choćby najniewinniejszego, któreby powyżej pewnego progu nie było dla człowieka szkodliwe, nie było większą lub mniejszą dla niego trucizną. Taksamo ma się rzecz z wyskokiem. Oznaczyć tę ilościową granicę, od której wyskok za „truciznę“ uważać trzeba, wogóle prawie niepodobna, ponieważ, pomijając inne czynniki, zależy to od cielesnej i psychicznej indywidualności tego, który go używa, a to odważyć w gramach jest trudno. Za taką dawkę nieszkodliwą przyjmują Niemcy 30—40 grm. wyskoku czyli 1 l. piwa lub $^1/_2$ l. wina i to ile możności nie wypijanego codziennie. Pewne osoby nie znoszą nawet tej dawki i dla tych hasłem powinna być wstrzemięźliwość. Inne zniosłyby nawet więcej; hamulcem dla nich atoli powinno być panowanie nad sobą, ich siła etyczna i to przeświadczenie, że jak ze wszystkiemi sprawami ludzkiemi, tak samo ma się rzecz i ze spożywaniem wyskoku i że z tego samego źrodła, z którego płynie przyjemność, może wytrysnąć i nieszczęście.

Czy wyskok jest l e k i e m, to do ostatnich czasów zdawało się nie podlegać żadnej wątpliwości. Środkiem swoistym zapewne wyskok nie był, nie leczył choroby, ale miał w medycynie znaczenie objawowe, wielkie i liczne także wskazania. Obecnie pod naporem ruchu przeciwalkoholowego zaczęto mu odmawiać wszelkiej leczniczej wartości. Powstały szpitale, zakłady, które go zupełnie usunęły z listy leków, a ich statystyka ma być nie gorszą od innych statystyk.

Arnold Villanovanus, lekarz francuski z XIII wieku, który wyskokowi nadał nazwę *„aqua vitae“* i uważa go za *„ultima consolatio corporis humani“*, pierwszy zdaje się stosował go w celach leczniczych; za jego przykładem idą inni, wyskok zyskuje sławę i staje się lekiem bardzo cenionym w różnych chorobach z wyjątkiem gorączkowych, w których go pod żadnym warunkiem według ówczesnych pojęć podawać nie wolno. W XIX wieku lekarz angielski T o d d ku zgorszeniu swych kontynentalnych kolegów poczyna go stosować i to w wielkich ilościach, jako środek skrzepiający we wszystkich stanach gorączkowych, wbrew ówczesnemu kodeksowi leczniczemu, dozwalającemu podawać wyskok tylko wodą rozcieńczony i w okresie zdrowienia. Za Toddem idą G r a v e s, S t o k e s, B é h i e r, J a c c o u d, M u r c h i s o n, A u t e l l e t i inni, stwierdzając wielką skuteczność wyskoku w gorączce, a zwłaszcza w gorączce durowej. Z Anglii i Francyi prąd ten przechodzi do Niemiec i znajduje tam równie gorących zwolenników. L i e b e r m e i s t e r, R i e g e l, J ü r g e n s e n, L e y d e n i t. d., stwierdzają jego pożyteczne działanie w durze, gorączce połogowej, zgorzeli płuc i t. d. Wyskok zdobywa sobie coraz szerszy grunt, a liczba jego wskazań coraz bardziej rośnie.

Stosuje go się zewnętrznie i wewnętrznie. Wewnętrznie jako bardzo skuteczny, czasem niczem zastąpić się nie dający środek podniecający i skrzepiający w osłabieniach serca i zapadach w przebiegu chorób ostrych gorączkowych, po gwałtownych krwotokach, ciężkich zranieniach, w niektórych zatruciach i t. d., dalej jako środek wzmacniający i odżywczy w przewlekłych stanach chorobowych, połączonych z upadkiem sił, zwłaszcza w suchotach, błednicy, niedokrwistościach, u dzieci krzywiczych, zołzowych i wątłych, czasem jako środek nasenny w niektórych stanach nerwowych, połączonych z bezsennością, w końcu wyjątkowo jako lek przeciwgorączkowy. Jako przeciwwskazanie do podawania wyskoku przyjmuje się wszelkie ostre i przewlekłe choroby mózgu, rdzenia i ich opon, gwałtowne majaczenia w przebiegu chorób ostrych gorączkowych, miażdżycę tętnic i cierpienia nerkowe, również rozległe wrzodziejące sprawy w jelitach. Tak nakreślił J a k s c h jeszcze w r. 1888 wskazania i przeciwwskazania do podawania wyskoku i w tej postaci ostały się one prawie bez zmiany aż po dzień dzisiejszy. I dziś oparci na półwiekowem doświadczeniu najwybitniejszych klinicystów, na dokładniejszej znajomości działania wyskoku, uzyskanej przez eksperyment na zwierzęciu, ostrożniejsi w dawkowaniu, musimy wbrew przesadnym poglądom przeciwników wyskoku uznać go za jeden z najcenniejszych leków. (C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Merzbach. **O wpływie ruchu na czynność jelit.** (*Archiv für Verdauungskr.* Zesz. VI, 1905). Autor zauważył u wielu osób cierpiących na zaparcie stolca, że ruch jest często czynnikiem, chorobę tę podtrzymującym. Odnosi się to zwłaszcza do kurczowego zaparcia (*obst. spastica*), oraz do osób, u których choroba ta jest tylko objawem innego cierpienia, jak n. p. niedokrwistości. Spokój jest w takich razach obok środków, korzystnie na główne tło chorobowe wpływających (żelazo przy niedokrwistości) czynnikiem, najlepiej regulującym wypróżnienia. Praca Merzbacha oparta jest na bogatym materyale statystycznym. *Schudmak.*

F a l k e n s t e i n. **Zachowanie się kwasu moczowego i mocznika w dnie.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 8, 1906). Czynnikiem szkodliwym w dnie jest bezsprzecznie kwaśny moczan sodowy, który nie zdołał przejść w mocznik. Ustrój zdrowy broni się zdaniem autora łatwo przed wytwarzaniem się nadmiernej ilości moczanów, produkując dostateczną ilość kwasu solnego w żołądku; u chorego na dnę wydzielanie kwasu solnego jest, zdaniem autora, wskutek zmian gruczołów żołądkowych upośledzone. U chorego na dnę wskutek niedostatecznego wytwarzania się kwasu solnego krew przeładowana jest alkaliami, co sprzyja wytwarzaniu się moczanów. Kwas solny już w żołądku, a może i w jelitach wiąże nadmiar kwasu moczowego. Pozornie korzystne wyniki dotychczas używanego leczenia alkaliami tłómaczy autor tem, że w żołądku chorych na dnę wytwarza się nadmiar kwasów organicznych (masłowego, mlekowego, octowego). Wody alkaliczne zobojętniają te kwasy, a z drugiej strony, pobudzając jelita do większej pracy, wywołują szybszą wymianę materyi, co razem może wpłynąć na polepszenie się stanu ogólnego i sprawiać złudzenie, że choroba ustępuje. Autor odmawia leczeniu alkaliami w dnie istotnej wartości, a poleca stosować kwas solny. *E.*

A. H o f f a. **Surowica przeciwgruźlicza Marmorka.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 8, 1906). Autor od 2 lat leczy gruźlicę stawów i kości w swej klinice i poliklinice surowicą Marmorka. Ponieważ po wstrzykiwaniach podskórnych następował w $^1/_3$ części przypadków (ogółem około 40 przypadków) mniej lub więcej silny odczyn miejscowy, przeszedł później Hoffa do podawania surowicy

przez odbytnicę, a wykonuje to od ½ roku z bardzo dobrymi wynikami; nie spostrzegał nigdy po wprowadzeniu surowicy do odbytnicy odczynu, ani miejscowego, ani ogólnego. *E.*

Blaschko. **Doświadczenia co do leczenia radem.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 8, 1906). Autor zaleca leczenie radem ograniczonych nowotworów łagodnych i złośliwych, jakoteż wielu chorób skórnych przewlekłych. Działanie radu polega prawdopodobnie na wywołaniu autolizy zmienionych tkanek. W przeciwieństwie do promieni Roentgena jest to leczenie nieszkodliwe, łatwo da się stosować na wszystkich częściach ciała, na błonach śluzowych i nie sprawia bólów. *E.*

E. Tobias. **Leczenie fizyczne nawykowego zaparcia stolca.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). Według klinicysty Fleinera w Heidelbergu rozróżniamy dwie postacie nawykowego zaparcia stolca: niedowładne i kurczowe (*obstipatio atonica et obst. spastica*). W przypadkach tych ważnem jest zachowanie się stolca. I tak w zaparciu niedowładnem występuje parcie na stolec bez dostatecznej wydajności, stolec jest skąpy, często zbity, w grudkach prawidłowej grubości, czasem odchodzą drobne kawałki okrągłe lub stanowiące odlew jelita grubego. Częste jest wzdęcie brzucha. W zaparciu zaś kurczowem wzdęcia niema, przeciwnie brzuch jest zapadnięty; czasem tylko powstają napadowe bole brzucha, a wtedy można wymacać odpowiednią skurczoną pętlę jelita. Stolec z początku jest prawidłowy, nagle wskutek skurczu jelita staje się cienki, grubości małego palca lub ołówka, odchodząc w kawałkach większych lub mniejszych. Leczenie poleca T. następujące: w zaparciu niedowładnem dyeta, drażniąca jelita, hydroterapia, t. j. najprzód ogrzanie ciała w kąpieli świetlnej elektrycznej lub też w parowej, w zwykłej gorącej kąpieli lub tez zapomocą ciepłych zawijań, a następnie kąpiele zimne od 28—24° C. stopniowo, a nawet do 18° C. u ludzi młodych, silnych. Przy tem leczeniu chory może oddawać się swej pracy zawodowej. Zamiast kąpieli można użyć nacierań i zimnych prześcieradeł od 22—14° C. Ciężar ciała przy tem postępowaniu nie spada, przeciwnie — podnosi się. Prócz ogólnego leczenia poleca T. także leczenie miejscowe w postaci kąpieli nasiadowej zimnej od 20° C. przez 10 minut do 15° C. przez 3 minuty, szkocki tusz na brzuch, okład zimny naokoło brzucha na noc, miesienie brzucha jedynie ręką, gimnastykę domową, oddawanie się różnym sportom (jazda konna, wiosłowanie, bieganie i t. d.), elektryzowanie brzucha prądem przerywanym przez 20 minut, lewatywy. W przypadkach ciężkich, gdy mimo wszelkich zabiegów wypróżnienie nie następuje, można podać środek przeczyszczający, jednak jako ostateczność, której ile możności unikać należy. T. sprzeciwia się również podawaniu wód mineralnych, które w zaparciu niedowładnem uważa za szkodliwe. Za to zaleca bardzo leczenie terenowe. Leczenie w zaparciu kurczowem: dyeta niedrażniąca (dużo tłuszczu i mleka), hydroterapia w postaci zimnych zawijań wilgotnych od 24° C. przez 30 minut do 18° C. przez 1—1½ godziny. Potem zmywania całego ciała zimną wodą lub zmywania częściowe, tusz zimny od 22—20° C. Słabym chorym można dać tusz ciepły i stopniowo go oziębiać. Czasem zamiast tego kąpiel ciepła igliwiowa. T. odrzuca w tej postaci nawykowego zaparcia stolca nacierania, półkąpiel i gorące kąpiele nasiadowe. W napadowych bolach poleca okłady gorące, termofory. Przeciwwskazane są: miesienie brzucha, elektryzowanie. Zarówno używanie ruchów, jak i sporty nie są korzystne, natomiast radzi T. zachowanie spokoju. Również usunąć należy wszelkie środki przeczyszczające. Przeciw bolom czopki z makowcem lub z belladoną, lewatywy ciepłe z wody lub z dodatkiem soli, lewatywy z oliwy ciepłej, mięty lub rumianku. Leczenie odbywać się powinno długo, by zapobiedz nawrotom cierpienia. *E.*

Prof. M. Couto. **O szmerze skurczowym przy czystej niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Semaine méd.* 1906, Nr. 3). Na podstawie swoich spostrzeżeń twierdzi autor, że czysta niedomykalność zastawek tętnicy głównej znamionuje się dwoma szmerami, z których jeden jest przedskurczowy, a drugi rozkurczowy. Co do przyczyny pierwszego szmeru zdania bardzo się różnią, a dadzą się ująć w pięć teoryj: 1) Według pierwszej (La Costa, Alwarenga, Bamberger, Botkin, Friedreich, Torres-Homen, Merklen, Castellino, Huchard) szmer ten wywołany jest przez prąd krwi, ocierający się o nierówności wewnętrznej powierzchni zastawek tętnicy głównej. 2) Druga teorya (Rosenstein, Bramwell, Constantin Paul) tłómaczy szmer rozszerzeniem tętnicy głównej ponad zastawkami półksiężycowatymi. 3) Według Gerhardta szmer przyskurczowy powstaje wskutek przepływania wzmożonej fali krwi przez zwężenie naturalne, istniejące w miejscu zastawek tętnicy głównej. 4) Potain uważa ten szmer za nieorganiczny, pochodzenia pozasercowego, jako płucno-sercowy. 5) Według Rosenbacha szmer ten powstaje przez zbieg u ujścia aorty fali dośrodkowej, wywołanej przez aspiracyę komórki, z falą odśrodkową skurczową, wychodzącą z komórki. — Według autora organiczną przyczyną pierwszego szmeru przedskurczowego jest zmiana, wywołana niedomknięciem zastawek półksiężycowych przy rozkurczu i powstająca stąd fala wsteczna, wracająca przez ujście aorty w okresie skurczu.

Dr. M. Blassberg.

Schülle. **Badania nad oznaczeniem dolnej granicy żołądka ze szczególnem uwzględnieniem radyografii.** (*Arch. für Verdauungskr.* Z. 6, 1905). Na podstawie badań porównawczych sposobami, zwykle do oznaczania granic żołądka używanymi i radyoskopią dochodzi autor do następujących wniosków: Oznaczenie dolnych i bocznych granic żołądka przez opukiwanie u chorego stojącego przy pełnym żołądku (opukiwanie od odgłosu bębenkowego jelita w kierunku stłumionego odgłosu nad żołądkiem) daje wyniki, nie wiele się różniące od wyników uzyskanych zapomocą radyoskopii, jakkolwiek i tu bardzo grube błędy, zwłaszcza przy żołądkach rozdętych, nie są wyłączone. Wydęcie żołądka gazami, tak bardzo w rachubę wchodzące przy oznaczeniu żołądka w całości a zwłaszcza krzywizny małej, daje w porównaniu z obrazami radyograficznymi wyniki nieprawdziwe. Jako główną przyczynę błędnych wyników podaje Schülle wzdęcie poprzecznej części okrężnicy, którą przy oznaczeniu granicy bierzemy za należącą do żołądka. Mimo jednak wyższości rentgenografii nad wszystkimi innymi sposobami nie może ona jeszcze mieć ogólnego zastosowania w praktyce, gdyż zupełnie pewno zdjęcia można osiągnąć tylko u osobników chudych, wielkie zaś dawki bizmutu, przy tych badaniach konieczne, nie są prawdopodobnie bez szkodliwego wpływu na żołądek; przytem zachód i koszt radyografii stoi zbyt często w niestosunku do praktycznych korzyści. *Schudmak.*

Kelling. **O wrażliwości w jamie brzusznej i punkcie bolesnym Mac-Burneya.** (*Archiv für Verdauungskrankheiten*, Zeszyt 6, 1905). Twierdzenie Lenandra, jakoby trzewa jako takie, czy to zdrowe, czy też chorobowo zmienione, były na ból zupełnie niewrażliwe, potwierdza autor bardzo licznymi przykładami. Bolości, jakie w jamie brzusznej powstają już to same przez się, już też przy ucisku, mają siedzibę w otrzewnej ściennej, w krezce lub też w splotach nerwowych albo zakończeniach nerwów skóry, powięzi i t. d. Zwłaszcza sploty nerwowe mają w tym kierunku najważniejsze znaczenie, gdyż one stanowią tak zwane punkty bolesne jamy brzusznej. Przy bolesności jednak tych punktów należy ściśle rozróżniać samoistną nadczułość z przyczyny nerwowej od odruchowo powstającej przeczulicy z powodu cierpienia anatomicznego. Co do miejsca zaś, zwanego punktem bolesnym Mac-Burneya, a położonego zazwyczaj na ⅓ linii łączącej pępek z górnym przednim kolcem kości biodrowej, dochodzi autor do wniosku, że punkt ten nie jest niczem innem, jak tylko nerwowym punktem bolesnym, wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, jakoby bolesność ta odpowiadała zmienionemu wyrostkowi robaczkowemu, co przy rozpoznaniu zapalenia wyrostka może dać łatwo powód do błędów rozpoznawczych. Bolesność kąta między jelitem cienkim, a grubem przy zapaleniu wyrostka ma przyczynę w przeczulicy odruchowej nerwowej bez względu na to, czy wyrostek znajduje się w miednicy małej, czy też daje się wyczuć na kości biodrowej. Przez rozpromienianie mogą przy tem i inne sploty stać się bolesne i nadczułe, co czasem może sprawiać, że największa bolesność znajduje się n. p. w okolicy pępka lub nawet dwunastnicy; wreszcie może się zdarzyć, że ból z miejsca chorego przeskakuje na miejsce symetryczne, zdrowe, co również według autora przeczulicą odruchową wytłómaczyć można. Ostateczne wyniki obszernej pracy autora są następujące: 1) Należy właśnie okolicę kątnicy co do wrażliwości czuciowej o wiele dokładniej badać, aniżeli dotychczas ogólnie czyniono; — należy dokładnie badać wrażliwość skóry (Head), punkty bolesne w mięśniach, dalej punkty bolesne, znajdujące się w głębi miednicy i to w porównaniu z okolicą symetryczną. 2) Przy punkcie bolesnym Mac-Burneya chodzi o punkt bolesny nerwowy, gdyż w tym punkcie istnieje związek między nerwami wyrostka, a leżącemi nad nim powłokami tak, że podrażnienie splotów sympatycznych okolicy kątnicy wywołuje równocześnie przeczulicę w nerwach międzyżebrowych, a przez nie i w zakończeniach nerwowych skóry (pole Heada). 3) Z powodu więc, że i przy innych chorobach (histerya, neurastenia, zapalenie okrężnicy, kamica żółciowa) bolesność uciskowa punktu Mac Burneya wskutek rozpromieniania się bólu powstać może, nie wolno wyłącznie na niej opierać rozpoznania zajęcia wyrostka. 4) Podstawę rozpoznania powinny stanowić jedynie wyczuwalne zmiany anatomiczne, a jeśli znaleziony tu opór nie łączy się z bolesnością przy ucisku, można prawie na pewno przyjąć, że albo zachodzi fałszywa lokalizacya bolu, albo ból na miejsce symetryczne drogą nerwową przerzucony został. 5) Przy napadach zapalenia wyrostka należy zawsze zbadać i okolicę pęcherzyka żółcio-

wego. 6) Wobec wątpliwości, czy zajętym chorobą jest wyrostek robaczkowy, czy pęcherzyk żółciowy, należy postępować tak, jak gdyby chodziło o zapalenie wyrostka robaczkowego. *Schudmak.*

CHIRURGIA. Hertzka. **Nawlekanie igieł bez pomocy palców.** (*Münch. med. Wochft.*, Nr. 9, 1906). Spełniając żądanie Königa, by ile możności operować tylko narzędziami, podaje autor szczypczyki, podobne do zwykłych chirurgicznych, tylko na końcu ramion przed haczykami zaopatrzone okienkiem, w które chwyta się wywleczoną nitkę i nawleka na igłę, trzymaną w imadle. Ten sposób nawlekania prócz czystości ułatwia znacznie szycie, gdyż szczypczyki chirurgiczne i tak trzyma się w ręce przy szyciu, a nadto oszczędza czasu, gdyż do nawlekania igły palcami nie trzeba odkładać szczypczyków, ani potem brać ich po raz drugi. Nawlekadła mechaniczne podali już przedtem Behr, Schoenemaker i Kuhn. *A. E. Klęsk.*

Riedel. **W sprawie kazuistyki obrażeń brzucha.** (*Münchener medizinische Wochft.*, Nr. 9, 1906). Przypadek autora zresztą zwyczajny, zajmujący jest tylko z powodu okoliczności, w których operowano. Dotyczy on młodego człowieka, kopniętego w brzuch przez konia. Objawy pęknięcia jelita. W 6 godzin po wypadku wykonał autor w chacie wiejskiej z pomocą drugiego lekarza otwarcie jamy brzusznej; uśpienie chloroformem prowadził ojciec chorego. Narzędzia wygotowano razem z gazą w worku płóciennym. Przy operacyi znaleziono pęknięcie jelita w dwóch miejscach; zaszycie otworów; tamponada rany; wyzdrowienie. Przypadek ten poucza, że w przypadkach urazowego pęknięcia jelit rozstrzyga przedewszystkiem jak najszybsza operacya, a inne szczegóły schodzą na plan drugi. *A. E. Klęsk.*

H. Schneider. **Wartość lysoformu jako środka odkażającego przy wyższej ciepłocie.** (*Deut. med. Wochensch.*, Nr. 6, 1906). Niektórzy z Strassmanem i Dührssenem na czele przyznawali lysoformowi wybitne działanie przeciwgnilne; inni badacze, a przedewszystkiem Cramer, doszli do mniej dobrych wyników. I rzeczywiście autor stwierdził, że działanie lysoformu w ciepłocie zwykłej wiele pozostawia do życzenia; natomiast w ciepłocie wyższej, t. j. do 37° C., działa lysoform silnie odkażająco. Schneider dodawał do hodowli gronkowca i prątka Ebertha odpowiednią ilość lysoformu w roczynie 1 prc., 2 prc., 3 prc., 6 prc.; pożywki stawiał następnie do cieplarki i badał wzrost hodowli. W ciepłocie np. 17° C. działa lysoform odkażająco w roczynie 6 prc.; przy 37° już 1 prc. roczyn działa tak samo, a nawet silniej, niż roczyn 6 prc. przy 17°. Jeszcze wyższa ciepłota, jak 40° C., osłabia działanie lysoformu, a to przez parowanie formaldehydu. *Łapiński.*

Müller. **W sprawie znieczulenia miejscowego.** (*Münch. medizinische Wochenschrift*, 1905, Nr. 40). Autor używa zawsze do znieczulenia miejscowego tylko 1 prc. roczynu kokainy do ilości 10 cm. sz., wystarczającej niemal we wszystkich przypadkach. Niesłuszne jest rozpowszechnione mniemanie, że znieczulenie miejscowe jest wskazane wtedy, jeśli uśpienie chloroformem lub eterem nie jest dozwolone; przeciwnie wskazania do znieczulenia ogólnego i miejscowego najczęściej się zgadzają. Zaniechać więc należy kokainy u dzieci, również wymaga ostrożności stosowanie jej u starców, chociażby nie było jeszcze zaburzeń sercowych i naczyniowych, ani żadnych zmian starczych; na pierwszeństwo zasługuje wtedy mieszane uśpienie chloroformowo-eterowe. Również ostrożnie postępować należy u charłaczych, u chorych na serce i nerki i u neurasteników, których przy dłuższych zabiegach, wymagających większej dawki kokainy, należy raczej uśpić, co też neurastenicy bardzo dobrze znoszą. Tak samo odradza autor znieczulenia miejscowego w przypadkach, gdzie rodzaju i rozmiarów operacyi nie można z góry dokładnie oznaczyć i natrafić można na niespodzianki; zaliczyć tu trzeba przedewszystkiem operacye brzuszne. Przy zapaleniach na palcach znieczulenie miejscowe zawsze wystarczy; natomiast w innych miejscach wobec większych spraw zapalnych pierwszeństwo ma uśpienie ogólne. Operacye wola wykonywa M. bez wyjątku w kokainie; unika się w ten sposób wymiotów, mogących łatwo wywołać krwotoki następowe, do których chorzy po operacyi wola bardzo są skłonni. Wreszcie podaje M. następujące rady praktyczne. Już przed wstrzyknięciem należy chorego ułożyć poziomo, choćby chodziło nawet o przecięcie nieznacznego zastrzału. Zabrania się choremu stanowczo w czasie operacyi podnosić się (co nieraz czynią z ciekawości), w przeciwnym bowiem razie jeszcze w godzinę potem mogą się zjawić zawroty, poty i zaburzenia żołądkowe. Już po ukończeniu zabiegu powinien chory leżeć jeszcze przynajmniej $^1/_2$—$^3/_4$ godz., a przedewszystkiem nie chodzić, dopóki nie wypił filiżanki mleka lub rosołu. Chorzy wątli mogą nawet podczas operacyi zapomocą rurki szklanej pić kawę z koniakiem. Przed operacyą powinien chory zawsze spożyć lekką, lecz pożywną strawę. *Dr. Fels.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. A. Theilhaber. **W sprawie leczenia zmiękknienia kości.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 5). 49-letnia kobieta przebyła 1 poronienie w III. miesiącu ciąży, 2 porody przedwczesne w VII. m. c. i 3 porody czasowe, — ostatni przed 6 laty. Od 3 lat coraz wyraźniejsze objawy zmiękknienia kości, z powodu czego leczyła się bezskutecznie tranem fosforowym. Obecnie zniekształtnienie i bolesność kręgosłupa, klatki piersiowej, miednicy, bolesność kości przedramion i udowych, niemożność oddalenia ud od siebie, a rentgenogram stwierdza złamanie poziomowego i wstępującego ramienia kości łonowej po stronie lewej. T. wyciął chorej oba jajniki przez pochwę. Badanie drobnowidowe jajników stwierdziło nadmiar tkanki łącznej. Po 3 miesiącach ustąpiły bole zupełnie, chód swobodny, oddalenie ud możliwe, złamanie zgojone. Wskutek krwawienia z typem miesięcznym z powodu polipa szyi pogorszył się znowu stan chorej cokolwiek, lecz po usunięciu polipa nastąpiła poprawa. Wynik dobry po usunięciu zdrowych jajników tłómaczy T. tem, że jajniki wywierają wyraźny wpływ na wymianę materyi. Tak n. p. często widzi się otyłość, występującą po wycięciu jajników. Zmiękknienie kości zdaje się być zatem chorobą wymiany materyi. Także regularność, wogóle krwawienie, zdaje się wywierać na zmiękknienie kości wpływ niekorzystny, jak to, między innymi, z przytoczonego przypadku wynika. Niektórzy odnoszą poprawę po operacyi do działania chloroformu, mającego zabijać drobnoustroje, które ci autorowie za przyczynę zmiękknienia kości uważają. W tym przypadku jednak użyto do uśpienia eteru. Wyleczenia, spostrzegane niekiedy po kąpielach, żelazie, tranie i t. d. dadzą się również wytłómaczyć wpływem na wymianę materyi. *B. Wojciechowski.*

N. Fenomenow. **W sprawie leczenia przetok moczowodowych u kobiety. Neoureterocystostomia.** (*Zentr. f. Gyn* 1905, Nr. 5). F. jest w tych przypadkach zasadniczym zwolennikiem odtworzenia ile możności stosunków prawidłowych, dążąc w razie częściowego ubytku ściany i drożności pęcherzowego odcinka moczowodu do zamknięcia przetoki *in situ* zaś w razie przerwy w ciągłości moczowodu, i jak zwykle, niedrożności odcinka pęcherzowego, do wszczepienia odcinka nerkowego do pęcherza. U 43-letniej kobiety, która przebyła 9 trudnych porodów siłami przyrody, założył lekarz przy dziesiątym, niezwykle ciężkim, kleszcze, a nie mogąc mimo silnego pociągania rodzącej rozwiązać, wykonał wymóżdżenie. Przeprowadzenie barków płodu napotkało teraz jeszcze na trudności. Od porodu oddaje chora mocz częściowo przez pochwę. Badanie wskazało na istnienie drobnej przetoki moczowodowej w szczycie przedartej ku stronie prawej szyi. Delikatny zgłębnik wchodził jedynie ku górze, w kierunku moczowodu. F. okroił przetokę moczowodu, nie naruszając obecnego stosunku jej do otoczenia, a przedłużywszy cięcie ku stronie prawej, odpreparował moczowód, częściowo z tkanką otaczającą na przestrzeni 3 cm., przyczem zgłębnik, w moczowodzie pozostawiony, nadawał kierunek. Z cięcia ku przodowi odsłonił autor ścianę pęcherza, wypukłił ją cewnikiem i naciął. Pętlę, założoną na brzeg odpreparowanego moczowodu, przeprowadził zapomocą zgłębnika z uszkiem do pęcherza, wciągając tam za nią moczowód, który wszył 3 szwami w ścianę pęcherza. Cewnik na stałe pozostawił w pęcherzu przez 2 dni. Nastąpiło doraźne wygojenie się W obrazie cystoskopowym widać było po miesiącu prawidłowy moczowód lewy i wyniosłość po wszczepionym, dobrze działającym moczowodzie prawym; dawnego ujścia moczowodu prawego nie zdołano odszukać. *B. Wojciechowski.*

J. Veit. **Garrulitas vulvae.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). V. nie zaprzecza, że przyczyną cierpienia tego może być wtargnięcie powietrza do pochwy wskutek odmiennych warunków ciśnienia. W pierwszym swym przypadku atoli wyhodował z pochwy bakterye, wytwarzające cuchnący gaz; po zastosowaniu tamponów z gliceryną cierpienie ustąpiło. Również w 3 innych przypadkach, nie badanych bakteryologicznie, leczenie takie wystarczyło. V. skłania się do zapatrywania, że te same objawy mogą być wynikiem dwu różnych czynników. *B. Wojciechowski.*

Stoeckel. **Ulepszony, samodzielnie trzymający się wziernik brzuszny.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). Opisany przed 4 laty wziernik, rozciągający dolny kąt rany, udoskonalił S. przez dodanie 2 łyżek, rozciągających brzegi boczne. Powstał więc wziernik trójlistny. Można również użyć tylko 2 łyżek, t. j. do dolnego kąta rany i do jednego z brzegów. Wziernik działa pewnie i rozciąga brzegi bardzo silnie, zastąpić zatem może jednego asystenta. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

M. Sperling. **Operacyjne poprawienie zboczeń macicy zapomocą plastyki, skracającej więzadła okrągłe przez cięcie brzuszne.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). Przed $1^1/_2$ rokiem

polecił S. w powyższym celu skrócenie więzadeł krzyżowo-macicznych i okrągłych od strony jamy brzusznej. Teraz poleca operacyę prostszą, t. j. samo skrócenie więzadeł okrągłych po dokładnem oddzieleniu zrostów. Przekonał się bowiem na 10 przypadkach, że po 3—11 miesiącach niema nawrotu, w 1 zaś przypadku chora donosiła i urodziła prawidłowo, poczem macica powróciła w przodozgięcie. Operacya Alexandra-Adama stosowna tylko w razie zupełnej pewności, że niema wcale zrostów dokoła macicy; inaczej zawodzi. Pożądane próby na większym materyale. *B. Wojciechowski.*

C. Rindfleisch. **Przypadek włókniaka jajnika.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 7). 52-letnia kobieta, która rodziła 7 razy, a od 2 lat straciła miesiączkę, zauważyła guz w podbrzuszu lewem, któremu towarzyszyło szybkie powiększanie się brzucha, obrzęk nóg i podupadnięcie stanu ogólnego. Badanie szczegółów utrudnione. Przy operacyi znaleziono guz wielkości głowy mężczyzny, twardy, nierówny, wychodzący z jajnika lewego, płyn wolny w ilości 25 l. Badanie drobnowidowe guza wskazuje na włókniak; nic nie przemawia za mięsakiem. Po operacyi szybko bardzo ustąpiły obrzęki. Przypadki tego rodzaju są rzadkie (2—3 prc. wszystkich guzów jajnikowych) i należą do najwdzięczniejszych w dziedzinie ginekologii. *B. Wojciechowski.*

F. Ahlfeld. **Antefixatio uteri.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 7, 1906). Przypuszczenie, że ciąża w macicy przymocowanej do ściany brzusznej (*antefixatio uteri*) trwać będzie dłużej, niż zwykle, potwierdzają 2 przypadki, spostrzegane przez autora, w których ciąża trwała 11 miesięcy księżycowych, dzieci były bardzo duże (wykonano obrót i wydobycie dzieci). Zdaniem autora dzieje się to dlatego, że przy przesuniętym wobec osi miednicy kanale szyjki, nie rozwiera się przy końcu ciąży górny odcinek kanału szyjki. Bóle bowiem nie mogą rozszerzyć szyjki, gdyż siła wypychająca poprzedzającą część płodu nie działa w kierunku ujścia wewnętrznego macicy. Prócz tego można było zauważyć, że przy właściwym końcu ciąży pojawiły się na krótko bóle, lecz wkrótce ustąpiły. Spostrzeżenie to ważne dla fizyologii porodu, gdyż wynika z tego, że rozpoczynające się od wewnątrz rozszerzenie kanału szyjki ma wielkie znaczenie w wywoływaniu bólów porodowych. *Jaworowski.*

E. Ruppanner. **O zapaleniu miedniczek nerkowych w ciąży.** (*Münch. med. Wochs.*, Nr. 6, 1906). Na zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży zwrócono większą uwagę od czasu, kiedy Rayer, Rebland i Opitz wykazali częstość powstawania tej choroby podczas ciąży. Zakażenie miedniczek nerkowych występuje podczas ciąży zdaniem autorów francuskich nietylko drogą wstępującą, z pęcherza, lecz także drogą krwi. Główne znaczenie ma tu prątek okrężnicy, częstokroć w towarzystwie innych drobnoustrojów, które mają dostawać się do obiegu krwi z przewodu pokarmowego. Autor przechyla się jednakowoż raczej ku zapatrywaniu Opitza, że zakażenie miedniczek wychodzi przeważnie z pęcherza. Za tem przemawiają częste zapalenia pęcherza moczowego w ciąży, jakoteż obecność drobnoustrojów w pęcherzu, bez objawów zapalenia. I w tej postaci przeważa prątek okrężnicy, który znajduje się obficie w wydzielinie cewki moczowej i sromu. Powstanie zapalenia miedniczek nerkowych ułatwia ucisk ciężarnej macicy na moczowody, co pociąga za sobą zatrzymywanie się moczu, przekrwienie i łuszczenie się błony śluzowej moczowodów. Zapalenie miedniczek nerkowych rozwija się najczęściej w połowie ciąży, częściej u wieloródek, niż u pierwiastek. Choroba rozpoczyna się zazwyczaj nagle, dreszczami i gorączką, silnymi bólami w okolicy lędźwiowej, bólem przy oddawaniu moczu, parciem na mocz, brakiem łaknienia, nudnościami i wymiotami. Ilość moczu w początkach choroby mała, później obfita; mocz mętny, kwaśny, w osadzie ciałka białe, prątek okrężnicy, komórki nabłonkowe z pęcherza i miedniczek, rzadko wałeczki, kryształki szczawianów, ślad białka. Badanie przedmiotowe stwierdza bolesność w okolicy nerki i moczowodu, najczęściej prawego; przez pochwę można nierzadko wyczuć zgrubiały i bolesny moczowód. Choroba ta ustępuje najczęściej wkrótce po porodzie, jednakowoż niekiedy ciągnie się jeszcze długi czas po porodzie. Może ona wywołać poronienie lub poród przedwczesny, na zdrowie dziecka wpływa niekorzystnie. Rokowanie nie jest zbyt złe. Leczenie podzielić należy na wewnętrzne, położnicze i chirurgiczne. Spokój, leżenie na grzbiecie, urotropina, salol, helmitol, bardzo dobrze działa aspiryna, dyeta płynna, woda Wildungen, leczenie miejscowe pęcherza, przepłukiwania moczowodów (Casper). Przerwanie ciąży, które ma wpływać korzystnie na przebieg choroby, nie jest wskazane, gdyż choroba nigdy nie zagraża wprost życiu matki. Niektórzy chirurgowie wykonywali nefrotomię lub nefrektomię i to z dobrym skutkiem, bez szkody dla dalszego przebiegu ciąży. *Jaworowski.*

F. Fromme. **O zapobiegawczem i leczniczem użyciu surowicy przeciwpaciorkowcowej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 1, 1906). Przed wszelkiemi operacyami ginekologicznemi, przy których otrzewna mogła być narażoną na zakażenie z narządów, już przed operacyą zakażonych (n. p. przed wycięciem zrakowaciałej macicy), wstrzykuje F. chorym zapobiegawczo surowicę przeciwpaciorkowcową. Czyni on to na podstawie licznych doświadczeń na zwierzętach, u których zwiększała się odporność przeciw zakażeniom po wywołaniu zwiększenia ilości ciałek białych we krwi (wstrzyknięcie soli kuchennej, kwasu nukleinowego, bulionu). Postępowanie to okazało się skuteczne, gdyż na 12 operowanych raków macicy tylko 1 przypadek skończył się śmiercią wskutek zapalenia otrzewnej. Wstrzyknięcie surowicy znoszą chore dobrze, bez bólu, tętno i ciepłota pozostają prawidłowe. Autor stosował także surowicę przeciwpaciorkowcową w zapaleniu otrzewnej lub narządów rodnych i to przeważnie z pomyślnym skutkiem. Surowica działa leczniczo tylko w początkach (w 1 i 2-gim dniu) zakażenia; później nawet wielkie dawki surowicy pozostają bez skutku. Jeżeli w ciągu zakażenia wytworzyło się gdziekolwiek ropienie lub wysięk, to wtedy stosować należy surowicę dopiero po wypuszczeniu ropy, gdyż w przeciwnym razie surowica zabiwszy paciorkowce, uwalnia wielką ilość ptomain, które sprowadzają zatrucie ustroju. *Jaworowski.*

J. Veit. **Doświadczenia co do rozszerzonej operacyi Freunda.** (*Berl. klin. Wochs* Nr. 8, 1906). Wyniki leczenia raka macicy zależą nietylko od wczesnego zgłaszania się chorych do lekarza, lecz w wielkiej części także od zaufania publiczności do operacyi. Dlatego ważnem zadaniem operatorów jest także udoskonalenie operacyi raka macicy, by wyniki jej były dobre nietylko we wczesnych, lecz i w późniejszych okresach choroby. V. pozostał dotychczas zwolennikiem operacyi podanej przez Freunda, a ulepszonej przez Wertheima, polegającej na wycięciu od strony jamy brzusznej, gdyż operacya ta dała mu dotychczas najlepsze wyniki. — Sekcye zwłok kobiet, zmarłych po operacyi raka macicy, stwierdzają najczęściej ropne lub posokowate zapalenie otrzewnej, jakoteż zakażenie ropne rany operacyjnej. Pochodzi to stąd, że w tkankach macicy zrakowaciałej znajdują się obficie jadowite drobnoustroje, które przy niedokładnem odkażeniu macicy przed operacyą zakażają potem otrzewnę. Że rzeczywiście tak jest, dowodzą tego hodowle, uzyskane z raka macicy i z wysięku otrzewnego, które zawierają takie same drobnoustroje. Drugie niebezpieczeństwo zagraża po operacyi ze strony serca. Autor przekonał się, że po wczesnych operacyach raków macicy grozi niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, po operacyach zaś w późniejszym okresie choroby następuje często śmierć wskutek niedomogi serca. W wielkiej mierze przyczynia się do tego działanie chloroformu. — Aby usunąć niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, poleca V. wieczorem przed operacyą dokładnie wyskrobać powierzchnię raka i założyć tampon z gazy, napojonej 4 prc. roztworem formolu, na kilka zaś godzin przed operacyą wstrzykuje V. chorym 10—20 ctm.³ surowicy przeciwpaciorkowcowej. Po operacyi i po założeniu szwów zlewa V. ranę dokładnie alkoholem. Postępowanie to dało wyniki znakomite. Uśpienie chloroformowe zastąpić należy przy operacyi Freunda, ze względu na serce znieczuleniem rdzeniowem stowainą (najmniej 0·07—0·08), które dotychczas nie wywołało żadnych złych następstw. Ponieważ po operacyach raka macicy zdarzają się dość często zatory tętnic płucnych, przeto poleca V. podwiązywać bardzo dokładnie wszystkie naczynia krwionośne, głównie zaś tętnice. Zachowując wszystkie te środki ostrożności, stracił V. na 20 operowanych sposobem Freunda tylko 2 chore (obie wskutek zakażenia otrzewnej). *Jaworowski.*

M. Graefe. **O wycięciu jajnika w ciąży.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LVI, Z. 3). Autor opierając się na przypadkach guzów jajnikowych, opisanych przez innych autorów i spostrzeganych przez siebie, twierdzi, iż ciąża wcale nie jest przeciwwskazaniem do wycięcia jajnika. Fraenkel przed 2 laty wypowiedział zdanie, iż obecność ciałka żółtego wpływa na utrzymanie ciąży, i działanie to utrzymuje się aż do 4-go miesiąca ciąży. Radzi przeto wykonywać wycięcie jajnika po 4-tym miesiącu ciąży, a i wówczas o ile możności pozostawić ciałka żółte. Jednakże twierdzenie Fraenkla jest błędne, gdyż na wiele przypadków wycięcia jajników przed 4-tym miesiącem ciąży, jedno- i obustronnego, zaledwie parę skończyło się poronieniem (około 17 prc.). Autor doszedł do przekonania, że jeżeli dziecko znajduje się blisko tego czasu, kiedy zdolne jest do życia, to należy dla uniknięcia przedwczesnego porodu, odłożyć wycięcie jajnika aż do tego czasu. W przeciwnym razie należy operować ile możności jaknajwcześniej. Co się zaś tyczy pytania, czy lepiej operować od strony brzucha, czy od pochwy, to autor twierdzi, iż przy ciąży powyżej 3-go miesiąca należy operować od strony brzucha. Wówczas bowiem wielkość macicy nie pozwala już dojść wygodnie do szypuły, a w razie krwotoku byłoby jego zatamowanie bardzo utrudnione. To samo tyczy się przypadków,

o których z góry można przypuszczać, iż nie są jałowe, n. p. torbiele skórzakowe, a w których wytoczenie przez pochwę byłoby możliwe jedynie po nakłuciu, przez to zaś mogłoby nastąpić zanieczyszczenie całego pola operacyjnego. *Dr. G. Wierzbicki.*

Leo v. Lingen. **O stosunku włókniaków macicy do zmian w sercu.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LVI, Z. 3). Autor zaznacza, iż w przypadkach włókniaków macicy przydarzają się bardzo często przypadłości sercowe. Już Fehling w r. 1887 wspomina o tem, a i obecnie, chociaż technika operacyjna daleko postąpiła, zdarzają się od czasu do czasu przypadki nagłej śmierci w krótkim czasie po operacyi, choć wszelakie zakażenie jest wyłączone. Autor zebrał statystykę z 66 przypadków i dzieli przypadłości sercowe na lżejsze, gdzie znaleziono jedynie tony serca głuchsze i nieznaczny przerost serca; tych było 7. t. j. 10·6 prc. i cięższe, *a*) gdzie istniały wady zastawkowe z objawami niedomogi (5 przyp.), *b*) gdzie były wybitne zaburzenia sercowe, lecz bez wad zastawkowych (4 przyp.). Razem więc znalazł autor 16 przypadków. t. j. 24 prc., zaburzeń sercowych przy włókniakach, gdy natomiast inni, jak Fleck w 40·9 prc., Strassmann w 40·8 prc. podają zaburzenia sercowe. Autor nie wlicza tu przypadków, w których wprawdzie były wybitne szmery sercowe, lecz pochodzące z niedokrwistości po silniejszych krwotokach. Co do usadowienia się włókniaków, to we wszystkich przypadkach, powikłanych zmianami w sercu, były włókniaki śródścienne, objętości zaś większej, niż główka noworodka. Autor twierdzi, iż wobec tak znacznego odsetka zaburzeń sercowych można mówić o »*Myomherz*«. Nie można stanowczo rozstrzygnąć, co jest przyczyną tych zmian w sercu, czy zwyrodnienie mięśnia sercowego z powodu częstych krwotoków, czy też wielkość guzów, wpływająca przez ucisk na płuca na niedostateczne utlenianie się krwi, a zarazem na mięsień sercowy. Anatomicznie stwierdza się w tych przypadkach zazwyczaj zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego lub zanik brunatny. W końcu zaznacza autor, iż we wszystkich przypadkach włókniaków trzeba przykładać bardzo wielką wagę do badania serca, gdyż to może mieć w danym razie wpływ także i na przyspieszenie zabiegu operacyjnego, chociażby inne przypadłości, jak wielkość, krwotoki, niebezpieczeństwo złośliwego zwyrodnienia, nie były zbyt wybitne.

Dr. G. Wierzbicki.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Arhowinę poleca J. Süss (*Aerztliche Standeszeitung*, Wien 1905, Nr. 22) jako środek skuteczny w leczeniu wiewióra i innych zboczeń w narządzie moczowym. Według doświadczenia autora działa arhowina bakteryobójczo, przywraca alkalicznemu moczowi kwasotę i wpływa na ilość moczu. Po dawana wewnętrznie nie wywołuje arhowina dolegliwości żołądkowych, właściwych środkom balsamicznym. S. podawał arhowinę wewnętrznie i zewnętrznie, u kobiet i mężczyzn. Przytacza przypadek zaniedbany, 4 lata trwającego wiewióra u mężczyzny z rozpoznaniem: *urethritis posterior et prostatitis chronica.* Ze względu na swój zawód nie mógł chory wykonywać wstrzykiwań argoniny. Próba leczenia arhowiną przez podawanie 3—6 kapsułek obok wprowadzania 4—8 pręcików arhowinowych dziennie do cewki, powiodła się szczęśliwie. Zachęcony dobrem działaniem zastosował S. nadto arhowinę w gałkach, wprowadzanych do kiszki stolcowej. Po 10 dniach stwierdził S. znaczne zmniejszenie się gruczołu krokowego. Wskutek tego stosował dalej to leczenie potrójne z takim skutkiem, że z końcem 7. tygodnia stwierdził brak dwoinek w moczu i ustąpienie wszelkich dolegliwości podmiotowych. S. zachęca do prób z powyższym środkiem, w nadziei, że inni lekarze będą z niego podobnie, jak on zupełnie zadowolnieni. *Hr.*

Zwillinger (Ołomuniec) podaje **kołaczyki formaldehydowe** i to po 0·01 gr. dzieciom i dorosłym w pierwszym dniu nawet co godzina, a następnie w odstępach 2—3-godzinnych przy następujących sprawach chorobowych: przy zapaleniu gardła nieżytowem i mieszkowem, przy płonicy i błonicy, przy róży i nieżycie pęcherza. Kołaczyki te, zawierające prócz formaldehydu kwas cytrynowy, mentol i cukier, nawet i dzieci chętnie biorą; zastępują one zupełnie wszelkie płukania, a o ich skuteczności jest Z. tak przekonany, że stosuje je też w celach zapobiegawczych przy nagminnem szerzeniu się jakiejś choroby zakaźnej. *W.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 14 lutego 1906.

Przewodniczy kol. Rutkowski, obecnych 31.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. prof. Piltz omawia w dłuższym wykładzie **topografię zaburzeń czucia** przy uszkodzeniach nerwów obwodowych, korzonków tylnych, rdzenia i mózgu, zwracając uwagę, że w rozpoznawaniu chorób nerwowych szczegółowe badanie czucia ogromne ma znaczenie; następnie przedstawia *a)* kilka przypadków **porażenia postępującego,** ciekawych z tego powodu, że we wszystkich istnieje wyraźny pas **miejscowej przeczulicy** lub zupełnie zachowanrgo czucia w kształcie kołnierza na szyi w przeciwieństwie do przytępienia czucia (*hypaesthesia*) powyżej i poniżej; *b)* przypadek **wybroczyny śródrdzeniowej** (*haematomyelia centralis*). Przedstawiony chory dostał się pod wóz, przez dziewięć godzin był nieprzytomny, poczem spostrzegł porażenie wszystkich czterech kończyn, zatrzymanie stolca i moczu; po upływie miesiąca nastaje znaczna poprawa, głównie po stronie lewej. Obecnie badanie przedmiotowe stwierdza zanik w obrębie: prostowników prawej ręki, mięśni międzykostnych, kłębu palca wielkiego ręki (*thenar*), mięśnia piersiowego i prostowników prawej stopy; w zanikających mięśniach wyraźny odczyn zwyrodnienia; równocześnie istnieją zaburzenia czucia i dyssocyacya jego w obrębie przedramienia prawego i grzbietowej strony goleni.

III. Kol. Rydel przedstawia przypadek **polyneuritis alcoholica** z objawami **myotonicznymi.** (Rzecz przeznaczona do druku). Sekretarz doroczny: *Wilczyński.*

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

II. posiedzenie naukowe d. 5 kwietnia 1905 w szpitalu powsz.

I. Dr. fil. Bandrowski: **Z chemii lekarskiej moczu** ze zastosowaniem najnowszych wynalazków.

II. Kol. Czyżewicz: **O obecnej epidemii zapalenia opon mózgowordzeniowych.**

III. Kol. Fechter przedstawia »Słownik lekarski polski«, wydany nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zachęcając kolegów do zaznajomienia się z nim.

IV. Kol. Puzon przedstawia chorą 10-letnią z praktyki prywatnej, w której z powodu **zgorzeli wyrostka robaczkowego** z następowem ograniczonem zapaleniem ropnem otrzewnej wykonał kol. Fechter otwarcie jamy brzusznej (laparotomia) z **wycięciem wyrostka robaczkowego** cięciem Sonnenburga. Ponieważ wypocina w jamie Douglasa za długo się utrzymywała mimo poprawy ogólnego stanu chorej, postanowiono wykonać przeciwotwór (*contraincisio*). Tymczasem w dzień, przeznaczony do tego zabiegu, ropień pękł do odbytnicy. Wyleczenie.

V. Kol. Fechter przedstawia chorych ze szpitala: *a*) chorego, u którego przed rokiem wykonał **resekcyę stawu biodrowego** cięciem Rydygiera z powodu suchego próchnienia kości (*caries sicca*); zupełne wyleczenie ze sprawnością kończyny, skrócenie 4 ctm; *b*) 2 chorych ze **złamaniem śródstawowem:** (1. złamanie śródstawowe kości goleni w stawie skokowym, 2 złamanie śródstawowe kości ramiennej w stawie łokciowym), wyleczonych przez odprowadzenie odłamków w uśpieniu chloroformem i zastosowanie obok opatrunku ustalającego po 3 tygodniach umiejętnej gimnastyki biernej i mięsienia; wyleczenie z zupełną sprawnością kończyn; *c*) chorą, u której z powodu **gruźliczego zapalenia otrzewnej** wykonano otwarcie jamy brzusznej z wyjęciem zmienionych trąbek; *d*) 2 chorych, u których po wyjęciu zęba nastąpiło **obumarcie szczęki dolnej** na przestrzeni 8 ctm. — u jednego ze złamaniem szczęki; wyjęcie martwaka, — wyleczenie; *e*) 3 przypadki **operacyi wola:** α) chorą 56-letnią z wolem olbrzymich rozmiarów i dusznością, operowaną w znieczuleniu miejscowem Schleicha bez morfiny; β) studenta 12-letniego z dusznością; przyczyna duszności — wól śródpiersiowy (*struma retrosternalis*) wielkości mandarynki; wycięcie wola; wyleczenie; γ) przypadek, dotyczący chorej, u której w dobę po wycięciu wola koloidowego wystąpiła tężyczka; mimo podawania środków uspokajających (morfina, wodnik chloralu), surowicy przeciwtężcowej Bujwida, pastylek jodotyrynowych Baumana — w 3 dniach zgon; *f*) chorego z **raną postrzałową** śrutem w przegubie kolanowym prawym z następową **ropowicą gazorodną** (*Gasphlegmone*), wyleczonego przez szerokie nacięcia i stosowanie dwutlenku wodoru, rozczynu kolargolu 1 prc. i rozczynu kwasu karbolowego z kamforą aa; *g*) chorego, u którego

z powodu posokowato-ropnego zapalenia kaletki przedrzepkowej i uda w 4 miesiące po szerokich nacięciach wykonano: α) na rzepce wycięcie powierzchni ziarniejącej, szew wtórny; β) na udzie operacyę plastyczną Thierscha, a to dla skrócenia czasu gojenia; h) 2 chorych: α) ze szczątkową ręką prawą o 2 palcach zrośniętych **(perochirus syndactylus)**, β) chorego z **piętonogiem** kopytowo-szpotawym i **ręką szpotawą** z prawej strony po porażeniu mózgowem dziecięcem.

III. Zjazd koleżeński sekcyi dnia 10 czerwca 1905 w Kańczudze.

Na Zjeździe tym omawiano sprawy ogólno-lekarskie i sprawę wyboru do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Sekretarz: *Dr. Fechter.*

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 marca 1906.

— Dnia 7 marca b. r. odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie, na którem przedstawili i omawiali: 1) Prof. Jordan przypadek pubiotomii; 2) Dr. Przybylski 2 przypadki porodu przy zmięknieniu kości z bezwzględnem ścieśnieniem miednicy, jeden operowany po pęknięciu macicy, a drugi ukończony przez rozszerzenie miednicy ręką, oraz przypadek padaczki w toku ciąży; 3) Dr. Cetnarowski statystykę raka macicy z lat 10 z uwagami o warunkach »*operabilitas*« w naszym kraju; 4) Dr. Wierzbicki 2 przypadki operowane raka macicy. W dyskusyi przemawiali: prof. Rosner (zdając sprawę z własnego przypadku pubiotomii), dr. Wojciechowski, Wachtel, Rydel, Hirsch Herman, prof. Jordan, doc. Dobrowolski.

— Bibliotekarz Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa podziękowanie dr. Kramarzyńskiemu z Przemyśla za ofiarowane do księgozbioru Towarzystwa dzieła i czasopisma.

— Kursa przygotowawcze dla lekarzy, kandydatów do egzaminu fizykackiego w terminie wiosennym w Krakowie, rozpoczną się w pierwszych dniach kwietnia b. r. Kurs farmakognozyi rozpocznie się 2 kwietnia o godz. 8 rano w Zakładzie farmakognostycznym w Collegium medicum.

— Dnia 2 marca odbyło Towarzystwo lekarskie lwowskie III. posiedzenie naukowe, na którem 1) prof. Gluziński przedstawił chorego z przewlekłem zapaleniem nerek i bradykardyą na tle zaburzeń w samym mięśniu sercowym. W dyskusyi zabrali głos: prof. Beck, dr. Stachiewicz i Obtułowicz. 2) Prof. Gluziński pokazał preparat przetoki żołądkowo-okrężniczej po gastroenterostomii, wykonanej z powodu wrzodu żołądka i opisał dwa podobne przypadki, jeden stwierdzony także sekcyą, a drugi obecnie w klinice lwowskiej spostrzegany. We wszystkich trzech były wymioty kałowe. Chirurgia musi gastroenterostomię jeszcze więcej udoskonalić, albowiem obecnie z powodu przebicia krezki i uszkodzenia tętnic powstaje miejscowa martwica poprzecznej części okrężnicy i wytwarzają się owe przetoki do żołądka. W dyskusyi przemawiali prof. Ziembicki i doc. Rencki. 3) Dr. M. Selzer przedstawił 22-letnią chorą, u której były kliniczne cechy niedokrwistości złośliwej pierwotnej, a mimo to nastąpiła samorodna poprawa. W dyskusyi przemawiali dr. dr. Franke, Stauber, Stachiewicz, Eljasz-Radzikowski i doc. Biernacki, który uważa ten przypadek tylko za ciężką blednicę.

Fels.

— Dnia 9 marca ma się odbyć nadzwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, na którem prof. Mars przedstawi szereg przypadków klinicznych, a dr. A. Czyżewicz jun. mówić będzie »O przeobrażeniach części płciowych kobiety w czasie ciąży i porodu«.

— Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. zajmował się na posiedzeniu z dnia 3 marca b. r. następującemi sprawami: Omówiono projekt urządzenia biura informacyjnego co do posad lekarskich w kraju i przyjęto opracowany przez Dra Mikołajskiego kwestyonaryusz i tekst listu, jakie bezzwłocznie po ogłoszeniu konkursu na jakąś posadę roześle się lekarzom, zamieszkałym w miejscu tej posady i w najbliższem okręgu celem informacyi. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb, które odbyło się w Wiedniu dnia 19 lutego. Grono lekarzy, zamieszkałych w bliskości wsi Chocimierza wykazuje, że posada lekarza okręgowego w tej miejscowości, ogłoszona świeżo konkursem, nie może zapewnić bytu lekarzowi, a sąsiednim lekarzom przyniesie szkodę; postanowiono pozostawić tym lekarzom sprawę informowania ewentualnych kandydatów na posadę, nadto zaś postarać się jeszcze o bliższe szczegóły i ewentualnie wdrożyć akcyę o zmianę okręgu sanitarnego. Postanowiono zwrócić się do Namiestnictwa z przedstawieniem, aby przed każdorazowem utworzeniem nowego okręgu sanitarnego zasięgano opinii Izby. Postanowiono również zwrócić się do Namiestnictwa o przedłożenie Izbie do zaopiniowania projektu rozporządzenia wykonawczego do nowej ustawy o organizacyi gminnej służby zdrowia. Przyjęto do wiadomości przedłożony przez Wydział krajowy wykaz wdów po lekarzach okręgowych, które z funduszu 10.000 K., przyznanego przez Sejm, otrzymały zapomogę; 12 wdów mianowicie dostało po 200—650 Kor., razem 4500 Koron. W sprawie fundacyi ś. p. Dr. Kazimierza Mossinga, której zarząd przyjęła Izba wsch.-gal., gdyż w razie braku krewnych fundatora dochody z tej fundacyi (obecnie około 13.000 Kor.) mają iść na zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach, wygotowano żądany przez Namiestnictwo akt fundacyjny. Załatwiono szereg drobniejszych spraw administracyjnych i rozdano do referatu kilka spraw honorowych.

— Lwowskie Towarzystwo higieniczne zamierza na wniosek dr. Biera z Krakowa założyć w Krakowie filię. W tym celu opracował wydział Tow. hig. statut dla oddziałów Towarzystwa; po uchwaleniu tego statutu przez walne zgromadzenie, mające się odbyć 11 marca b. r. we Lwowie i zatwierdzeniu przez Namiestnictwo, ma być dr. Bier upoważniony do założenia filii.

— »Przegląd higieniczny« (Nr. 3) przytaczając projekt magistratu lwowskiego, by celem uregulowania nadzoru nad mamkami lekarze miejscy byli obowiązani badać dobrowolnie się zgłaszające kobiety, słusznie zauważa, że wynik tego urządzenia wtedy tylko będzie dobry, gdy mamki otrzymywać będą legitymacye na zasadzie badania lekarskiego — bezpłatnie, i że także inne miasta galicyjskie powinnyby zająć się sprawą kontroli mamek.

— Na kurs pielęgnowania chorych, który na wiosnę r. b. urządza lwowski fizykat miejski, a który potrwa 6—8 tygodni, przeznaczył magistrat lwowski 500 koron. »Przegl. hig.« (Nr. 3) podaje plan kursu. W Krakowie zamyślało Towarzystwo lekarskie już przed 10 laty o podobnym kursie, jednak bez praktycznego wyniku; obecnie myśl tę wznowiono z końcem r. z.

— We Lwowie jest 11 lekarzy miejskich; po odliczeniu 3 lekarzy, zajętych pracą biurową, i okulisty miejskiego, wypada 1 lekarz na 25,000 mieszkańców, chociaż ustawa krajowa przepisuje, by lekarzowi przypadało tylko 15,000. Zaradziłoby temu wniesione przez dr. Mikołajskiego w komisyi sanitarnej pomnożenie liczby lekarzy miejskich o 4. Ostatni czas też i w Krakowie na reorganizacyę miejskiej służby zdrowia, która razem z naczelnym składając się z 4 lekarzy, oddawna ani nie wystarcza na ludność miasta, ani nie odpowiada ustawie. Reorganizacya ma nastąpić w najbliższym czasie.

— Wydział krajowy podwyższył w kilku szpitalach prowincyonalnych taksy leczenia, jak w Kołomyi na 1,40, w Żółkwi na 1,25, w Zaleszczykach na 1,12 kor. za dzień dla dorosłych.

— W czasie od 25/II do 3/III 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach ospy: w 8 gminach 21 chorych, a mianowicie w pow. Brody (m. Brody 1, Dytkowce 2), Chrzanów (m. Chrzanów 8, Balin 3, Libiąż m. 1, Zagórze 1, Kościelec 4), Dąbrowa (Ujście jezuickie 1); duru osutkowego: w 19 gminach 70 chorych, a mianowicie w pow. Brzeżany (m. Brzeżany 3, Kozowa 1), Horodenka (Żuków 10), Jaworów (Olszanica 3, Zawadów 4, Wulka żmijowska 1, Żmijowiska 1), Kamionka (Pawłów 1), Rawa (Kamionka woł. 1), Stanisławów (m. Stanisławów 2, zachorowało 2 prebendaryuszy przytuliska Br. Alberta, Knihynin wieś 6), Stary Sambor (Grodowice 1), Stryj (Kawsko 1, Żulin 1), Tarnopol (Chodaczków 6), Tłumacz (Bortniki 20, Przybyłów 1), Żółkiew (Prowata 3, Przystań 4); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych: w 30 gminach 46 nowych chorych.

— Dr. Jacowski, lekarz w Beaumont-en-Gatinais został mianowany oficerem legii honorowej, a dr. Ratyński w Paryżu oficerem oświecenia publicznego.

— W Petersburgu wakują katedry: oftalmologii w instytucie W. K. Heleny (termin podań do d. 23 marca) i anatomii w instytucie lekarskim żeńskim (termin podań do 30 marca).

— Konkurs na nagrodę im. Warrena, udzielaną co 3 lata w kwocie dol. 500 (około 2,000 koron) ogłasza »Massachusets General Hospital« w Bostonie z terminem do 14 kwietnia 1907. O nagrodę ubiegać się mogą rozprawy na jakikolwiek szczegółowy temat z zakresu fizyologii, chirurgii lub patologii (anatomii patologicznej). Prace muszą być pisane czytelnie, oprawne i zaopatrzone godłem, powtórzonem na dołączonej zamkniętej kopercie, zawierającej nazwisko autora. Sąd konkursowy składa się z lekarzy i chirurgów wspomnianego szpitala.

— Komitet międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Lizbonie przypomina, że mieszkania można zamawiać wcześnie

u Mr. Manoel José da Silva, Palazio Foz, Praça dos Restauradores w Lizbonie. Przygotowano mieszkania na 1 i więcej osób, po 6—10 fr. za łóżko, a po 15 fr. z utrzymaniem. Koleje francuskie, hiszpańskie, portugalskie i włoskie przyznały uczestnikom zjazdu 50 proc. opustu, o ile całą podróż odbędą koleją.

— Fundacye humanitarne z powodu srebrnego wesela cesarzostwa niemieckich wynoszą $2^1/_2$ miliona marek.

— Wystawa, poświęcona sprawie pielęgnowania noworodków, odbywa się od 8—28 b. m. w Berlinie (Alt-Moabit 4—10).

— Niemieckie Towarzystwo higieny publicznej odbędzie swe doroczne zebranie 11—15 września w Augsburgu.

Mianowani: Anatom-patolog dr. Cesaris Demel zwyczajnym profesorem w Pizie; bakteryolog doc. Silberschmidt profesorem nadzw. w Zurychu.

Zmarli: Dr. A. Chrzczonowicz w 37 r. ż. w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 8. Hellin: O niezależności oddychania od warunków ciśnienia atmosferycznego, tudzież uwagi o podwójnej odmie piersiowej. Żebrowski Al.: Przyczynek do kazuistyki ropni mózgowia pochodzenia usznego.

— *Medycyna* Nr. 8. Ciąg dalszy artykułów Flatau i Koelichena, oraz Kohna.

— *Tygodnik lekarski* Nr. 9. Schramm: Przyrząd do zakładania opatrunków gipsowych. Krokiewicz: Bardzo czuły odczynnik na barwiki żółciowe. Bylicki (c. d. z Nr. 8).

— *Kronika lekarska* Zesz. 4. Ciąg dalszy artykułów Sędziaka, Giedgowda i Giedroycia.

— *Głos lekarzy* Nr. 5. Mikołajski: Informacye o posadach lekarskich. — Stosunki zdrowotne miasta Lwowa. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905 (sprawozdanie dr. Stelli-Sawickiego). — Ciągi dalsze artykułów z Nrów poprzednich.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Gizelt: Zaopatrywanie miast w mleko. Panek i Szperling, Gargas (c. d. z Nr. 2).

— *Časopis lekařův českých* Nr. 8. Pexa: Přispěvek k dětským cirrhosam jaterním se zvláštním zřetelem k aetiologii. Teuner: O nutnosti zařízeni zvlaštních oddělení pro tuberkulosni při veřejných nemocnicích. Rádl: Hans Driesch.

— *Sbornik klinický* Zesz. 3. Jansky: Delirium acutum. Ryba: Nedomykavost chlopní srdečnice a její poměr k příjici. Peigerová: K aetiologii žlučních kaménků.

— *Russkij Wracz* Nr. 4. Tiszutkin: Opis przyrządu do jednoczesnego obrabiania wielu skrawków mikroskopowych. Klein: W sprawie uodpornienia przeciwko dysenteryi. Aniczkow: W sprawie roli bakteryi termofilnych w jelitach człowieka. Gruzdiew: Słów kilka z zakresu kolizyi pomiędzy faktami w medycynie, a ich przedstawieniem. — Nr. 5. Krawkow: W sprawie zastosowania soli magnezyowych do znieczulenia. Bogolubow: W sprawie wrodzonych nieprawidłowości prącia. Lewin: Przypadek obfitego wyciekania cieczy mózgowordzeniowej z przewodu słuchowego zewnętrznego przy nienaruszonej błonie bębenkowej. Fieodosjew: Przerost nadnerczy po usunięciu jajników. Gruzdjew (dok. z Nr. 4).

— *Semaine médicale* Nr. 9. Lejars: Postacie niezupełne (formes frustes) niedrożności jelit.

— *Presse médicale* Nr. 16. Chantemesse: Pięć lat leczenia duru surowicą. Lapersonne: Ciężkie oparzenia, wywołane wybuchem ogrzewalnika z octanem barowym. Ostwalt: Wstrzykiwania wyskoku w uporczywej rwie twarzowej. — Nr. 17. Létienne: O stawzeniu się. Stwardnienie tętnic. Guelliot: Powikłania włókniaków jajnika. Gaulejac: Sposób Biera w puchlinach stawowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9. Bail i Weil: Krótka wiadomość o agresywności gronkowców. Stahr: O zmianach krwi przy leczeniu sposobem Biera. Dorf: Przyczynek do sprawy porodowych uszkodzeń noworodka. Riedl: W sprawie leczenia tężca surowicą. Knotz: Przypadek podwójnego kanału rodnego niewieściego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Gierke: Stosunek krętków do narządów noworodków, dotkniętych kiłą wrodzoną. Finkelnburg: Neurologiczne badania i spostrzeżenia przy znieczuleniu lędźwiowem kokainą i stowainą. Füth: O wysokiej śmiertelności z zapalenia okołokątniczego podczas ciąży. Waldvogel i Mette: Autoliza w ludzkich stłuszczonych narządach. Koelreutter: Wyniki Desaultowskiej operacyi ropniaka zatoki szczękowej. Vörner: Lymphangiectoma auriculi. Peters: Leczenie cierpień nerwowych bornywalem. Giese: Podskórne odosobnione szczelinowatę pęknięcia kości długich. Riedel: Dalszy przyczynek kazuistyczny do stłuczeń brzucha. Burgl: O śmiertelnem wewnętrznem zatruciu benzyną. Gernsheimer: Nowy przyrząd inhalacyjny. Hertzka: Nawlekanie igły bez dotykania się palcami. Stüve: Surowica przeciwbłonicza Behringa, a homeopatya. Fischer: Leczenie pocenia się nóg. Goldschmidt: Mor na Maderze.

Berliner klin. Wochenschrift Nr. 10. Heitler: O łączności zmian pojemności serca ze zmianami tętna. Loewenthal: Przyczynek do wiadomości o krętkach. Mosse: W sprawie symptomatologii drżączki poraźnej. Lilienfeld: O nowym środku nasennym proponalu. Schultz-Zehden: Zniszczenie obu oczu przez larwy much. Ewald, Wolff-Eisner (c. d. z Nr. 10). Posner: Przewodnik do cystoskopu Nitzego. Salge: Znaczenie zakażenia u noworodków i osesków.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 9. Kirchner: Pruska ustawa o chorobach zakaźnych z r. 1905. Werner: Stan zdrowotny armii pruskiej w oświetleniu higienicznem. Fraenkel: Drogi szerzenia się gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. Lucae: Źródła błędów przy badaniu niedosłyszących zapomocą tonów. Miller: O pozornie chorobotwórczem działaniu *spirochaete dentium*. Voltolini: Przypadek złośliwego guza śródpiersia z nadzwyczaj szybkim przebiegiem. Boenninghausen: Przypadek ropowicy twardej.

Redakcya otrzymała: Witold Ziembicki: O węgorku jelitowym. Odb. z „Gaz. lek.“ 1905. Wrzosek: Znaczenie dróg oddechowych, jako wrót zakażenia w warunkach prawidłowych. Kraków. Akad. Um. 1906. Karliński: Przyczynek do badań nad gruźlicą dziedziczną bydła u zarodka. Odb. z „Przegl. wet.“ 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 14 marca 1906 o godz. 6 wieczorem w *Domu Towarzystwa* (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Ciechanowski przedstawi preparat z przypadku, przedstawionego przez kol. Latkowskiego w d. 28/II, 2) kol. Wachtel przedstawi przypadek ropnia mózgu, 3) kol. Krzyształowicz: „Stosunek rozwoju krętka bladego do okresów kiły“, 4) kol. Żeleński: „Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej“.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.